

## Estudios sociales de la salud

# Salud en los extremos. Escenario epidemiológico y sanitario en Tierra del Fuego, 1890-1930

Health at the extremes. Epidemiological and sanitary scene in Tierra del Fuego, 1890-1930

Saúde nos extremos. Cenário epidemiológico e sanitário em Terra do Fogo, 1890-1930

Romina Casali, PhD<sup>1</sup>

Recibido: 18 de noviembre de 2013 • Aceptado: 3 de febrero de 2014

Doi: (Pendiente)

Para citar este artículo: Casali R. Salud en los extremos. Escenario epidemiológico y sanitario en Tierra del Fuego, 1890-1930. Rev Cienc Salud. 2014;12(2):271-288. doi: (Pendiente)

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar epidemiológica y sanitariamente la ciudad de Ushuaia (territorio nacional de Tierra del Fuego) entre 1890 y 1930, momento clave en el que se profundizan paralela y articuladamente dos procesos: el contacto interétnico y la consolidación del Estado-Nación argentino. **Metodología:** Se analizaron todas las actas de defunción disponibles para el lapso 1890-1930, lo mismo que los documentos de la gobernación pertinentes y su cruce con fuentes secundarias a fin de obtener el perfil sanitario de la ciudad y su relación con el país en cuanto al tipo de fase epidemiológica, las tasas de mortalidad, la estructura demográfica y la estructura en la atención sanitaria. **Resultados:** Se concluye sobre la relevancia de las enfermedades infecciosas —y dentro de estas la tuberculosis—, en la ciudad, en general, y en la población indígena y penal, en particular. Dicho perfil epidemiológico evidenció las falencias de un sistema sanitario nacional aún no consolidado, especialmente en una región de dificultoso alcance.

**Palabras clave:** transición epidemiológica, estructura sanitaria, tuberculosis, colonización, Territorios Nacionales.

---

<sup>1</sup> Investigadora permanente (categoría Asistente) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Laboratorio de Ecología Evolutiva Humana, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro (Unicen), sede Quequén. Departamento de Historia de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Correspondencia: romina.casali@gmail.com, Mariani 7033. CP 7600. Mar del Plata, Argentina.

## *Abstract*

*Objective:* To characterize the epidemiological and sanitary conditions of the city of Ushuaia (National Territory of Tierra del Fuego) at a key time in its history- a time in which interethnic contact and the consolidation of the Argentine nation-state were intensified as two parallel and related processes. *Methodology:* All death certificates available for the period 1890-1930 were analysed, as well as relevant government documents and secondary sources in order to obtain the health profile of the city and its relationship with the country in the following aspects: type of epidemiological phase, mortality rates, population structure, and the structure in healthcare. *Results:* There was a great relevance of infectious diseases, and specially tuberculosis, among the population of the city in general, and among the indigenous and criminal population in particular. This epidemiological profile showed the shortcomings of a national health system that was trying to establish at the time, especially in a region difficult to reach.

*Key words:* epidemiologic transition, healthcare structure, tuberculosis, colonization, National Territories.

## *Resumo*

*Objetivo:* Caracterizar epidemiológica e sanitariamente a cidade de Ushuaia (Território Nacional de Terra do Fogo) entre 1890 e 1930, momento em que o contato interétnico e a consolidação do Estado-Nação argentino se articularam de forma profunda. *Materiais e métodos:* analisaram-se todas as certidões de óbito disponíveis para o lapso 1890-1930, ao igual que os documentos do governo pertinentes e seu cruzamento com fontes secundárias a fim de obter o perfil sanitário da cidade e sua relação com o país em quanto ao tipo de fase epidemiológica, as taxas de mortalidade, a estrutura demográfica e a estrutura na atenção sanitária. *Resultados:* houve uma grande relevância das doenças infecciosas, e dentro destas a tuberculose, na cidade em geral e na população indígena e penal em particular. Dito perfil epidemiológico evidenciou as falências de um sistema sanitário nacional que se estava tentando instaurar nesse momento, especialmente em uma região de dificultoso alcance.

*Palavras-chave:* transição epidemiológica, estrutura sanitária, tuberculose, colonização, Terra do Fogo.

## *Introducción*

A través de este trabajo, se hace un aporte al análisis de las alteraciones en la salud de las poblaciones fueguinas (de la región argentina de Tierra del Fuego) intervinientes en el proceso de contacto interétnico hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, al tiempo que se genera información histórica que sea plausible de integrar a abordajes macro o comparativos (inter o intranacionales) sobre escenarios epidemio-

lógicos y sanitarios. El objetivo es caracterizar epidemiológica y sanitariamente la ciudad de Ushuaia en un momento clave de su historia, en el que se profundizan paralela y articuladamente dos procesos: el contacto interétnico y la consolidación del Estado-nación argentino, con la consecuente incorporación de los territorios nacionales. La construcción de datos a partir de las actas de defunción (1) adquiere relevancia no solo porque estas aún no han sido escrutadas, sino por su legitimidad como

testimonio cotidiano en un contexto de débil registro estadístico en lo concerniente al sistema sanitario, en general, y al comportamiento de la mortalidad en el interior del país, en particular (2). Se utilizaron complementariamente actas de nacimiento, los censos nacionales de 1895 y 1914 y otros documentos de la gobernación, a fin de dar un marco sociodemográfico, específicamente de las poblaciones indígenas, visibilizando grupos que para la época eran captados estadísticamente de modo fragmentario y mediado por una carga valorativa determinante (3). En trabajos anteriores se ha examinado la salud de la población selk'nam en función de lo acontecido en la misión salesiana La Candelaria (Río Grande, norte de la isla), por lo que este artículo completa el análisis, además de atender lo ocurrido con la salud de otras poblaciones ('blancos', yámanas) en la zona sur de la isla.<sup>1</sup>

### Contexto

Entre el descubrimiento del estrecho de Magallanes (1520) y el último tercio del siglo XIX, las distintas potencias europeas desarrollaron numerosos viajes por el extremo sur americano y la tensión geopolítica fue constante, pero aquellos no excedieron los fines exploratorios y estratégicos. Los asentamientos proyectados por la corona española fracasaron<sup>2</sup> y la posesión fue más bien de tipo nominal (4), aunque logró contener

las aspiraciones de los estados rivales y tutelar a loberos y balleneros de distintas nacionalidades.

A lo largo de esos años se dieron situaciones de contacto interétnico en la Isla Grande de Tierra del Fuego que tuvieron consecuencias en las comunidades originarias, específicamente en su salud, pero las principales alteraciones llegarían hacia fines del siglo XIX en el marco de lo que hemos propuesto como *doble colonialidad* (5). La conquista del territorio y su explotación económica comenzó a través de la acción de los estados argentino y chileno en su etapa de consolidación nacional, pero el hecho de que no haya existido una etapa colonial palpable dependiente de una metrópoli europea con una sucesión a una etapa nacional, no anuló necesariamente una situación con rasgos característicos de cada una, en simultáneo. Esta rotulación permite aprehender acabadamente el impacto en las comunidades y vislumbrar el rol de las agencias estatales —donde se deben incluir las sanitarias— que arribaron a un territorio carente de un entramado burocrático-administrativo que pudiera officiar de base —aunque débil— para la consolidación de un sistema nacional de salud.

La conquista de la estepa (sector medio y norte de la isla) podrían narrarla directamente los ganaderos Braun-Menéndez-Behety y los salesianos, cuyas indelebles andanzas (aunque con fines y modos divergentes entre sí) marcaron el territorio desde finales de la década de 1880. Fue allí donde el capitalismo en auge se impuso sin matices a través de la ganadería ovina que se erigió como plataforma, eje y embalaje del acontecer institucional, económico, político y social de la región. Donde se combinaron la concentración de la tierra y los capitales ingleses con un Estado —por decisión o inevitabilidad— a merced de los propietarios, cuya gravitación aventajó a las identidades nacionales e imprimió carácter regional y autárquico —con base en Punta Arenas— al devenir austral. El epílogo:

1 Se reconocen cuatro grupos a la llegada de los colonizadores: los selk'nam ocupaban el interior de la isla, como cazadores-recolectores; los yámana se distribuían en la zona del canal Beagle y del cabo de Hornos y los kaweskar a lo largo de los canales de la Patagonia occidental (ambas poblaciones se especializaban en el usufructo de recursos marítimos); los haush habitaban la península Mitre.

2 Una expedición al mando de Sarmiento de Gamboa fundó las ciudades Nombre de Jesús (febrero 1584, actual Cabo Vírgenes) y del Rey Don Felipe (mediados 1584, márgenes de la costa de Bahía Buena). Se trató del primer intento de crear una colonia española en la región el cual tuvo un final trágico.

una solvencia, un aumento constante en la capacidad productiva y un desarrollo tecnológico e industrial que no lograron sino potenciar una ambición empresarial de alto impacto en la comunidad selk'nam, que los salesianos no consiguieron atenuar con sus pías intervenciones.

En la zona del canal Beagle, la conquista se inició con anterioridad, mediante la instalación en 1869 de la misión anglicana en la actual Ushuaia, por parte de la familia Bridges. Recién en 1884 las autoridades fundaron la subprefectura junto con los misioneros, quienes recibieron con agrado que finalmente Argentina se interesara por la región austral de su territorio (6). La misión coadyuvó en la dispersión de enfermedades<sup>3</sup> y un rol simbólico en los diversos relatos lo adquiere 'la gran epidemia' acaecida en octubre de 1884, precisamente con la llegada de la expedición fundadora. La alta mortalidad impelió a los Bridges a retirarse a 85 kilómetros de Ushuaia y crear la estancia Harberton para dedicarse a tareas ganaderas. Interesa subrayar que esta mudanza no implicó el cese de la actividad misionera. Por un lado, Harberton constituyó un paraje 'amigable' tanto para los yámanas como para los selk'nam y por el otro, la labor continuó en las islas Wollaston, Tekénica y Navarino (hasta 1916) y fundamentalmente en la ciudad de Ushuaia, en Punta Remolino entre 1899 y 1906 a cargo de J. Lawrence.

En un escenario de desamparo y precariedad en el que los empresarios ganaderos se anticiparon a la esfera pública para la resolución de dificultades y la viabilización de las comunica-

ciones, el transporte y el comercio; en el que los estímulos para el desarrollo se desviaban hacia Punta Arenas o eran malogrados por la realidad político-económica, la nota de optimismo estuvo dada por el devenir del sistema penitenciario en la ciudad. Es que la institución carcelaria fue pensada como colonia penal y no como cárcel, ya que el objetivo era resolver las deficiencias demográficas de la región, instalar un bastión más de soberanía nacional ante la siempre latente amenaza chilena y una manifestación del Estado que, a su vez, incitara el florecimiento de los empleos públicos y el comercio (8, 9). Se suponía que una vez cumplida su condena, los penados trasladarían a sus familias, por lo que la sociedad aceptó desarrollarse "a la sombra del establecimiento carcelario" (10).

La colonia penal se comenzó a pensar incluso antes de que llegara la subprefectura a Ushuaia y en 1896 los mismos presidiarios iniciaron la construcción del edificio, que de inmediato comenzó a funcionar. En 1902 se colocó la piedra fundamental del edificio definitivo y se trasladó a la localidad de Ushuaia el presidio militar que se encontraba en la Isla de los Estados. Entre 1902 y 1911, la cárcel y el presidio militar funcionaron en paralelo, para en este año unificarse, dando lugar al *Presidio Militar y Cárcel de Reincidentes*. A pesar de no alcanzar el objetivo inicial de ocho pabellones, la obra se dio por finalizada en 1915 y en 1947 se decretó el cierre del penal. Si bien tal como fue proyectada la institución no prosperó, y si cumplió con su objetivo de poblamiento fue de modo indirecto mediante la generación de puestos de trabajo, el número de penados fue considerable. La tabla 1 evidencia los momentos de mayor población penal: 1902, al trasladarse el presidio desde la Isla de los Estados; 1904, año en que envían algunos de los amotinados durante aquel traslado y en que llega el primer grupo de presos políticos detenidos en la Capital Federal; la notoria incidencia de la conclusión del edificio.

3 En la zona del canal, las comunidades indígenas estuvieron expuestas a contactos anteriores a la conquista a raíz de los numerosos viajes y la explotación de recursos, por lo que hay un registro temprano de enfermedades, las que —a su vez— guardan mayor diversidad en comparación con las reportadas para la zona esteparia: sarampión, viruela, rubéola, lepra y enfermedades venéreas, todas las cuales no se informan de modo certero para la zona norte de la isla. No así la tuberculosis (7).

Tabla 1. Cantidad de reclusos en relación con la población total de Ushuaia, 1900-1920

Año	Penados	Población Ushuaia	Población TDF
1895	-	149	477
1900	72	-	-
1904	190	-	-
1906	155	-	-
1914	-	1447	2504
1915	686	-	-
1916	540	-	-
1920	584	1047	2198

Fuente: elaboración propia en base a las Memorias de la Gobernación, Cecarelli, 2011 y Di Liscia, 2008

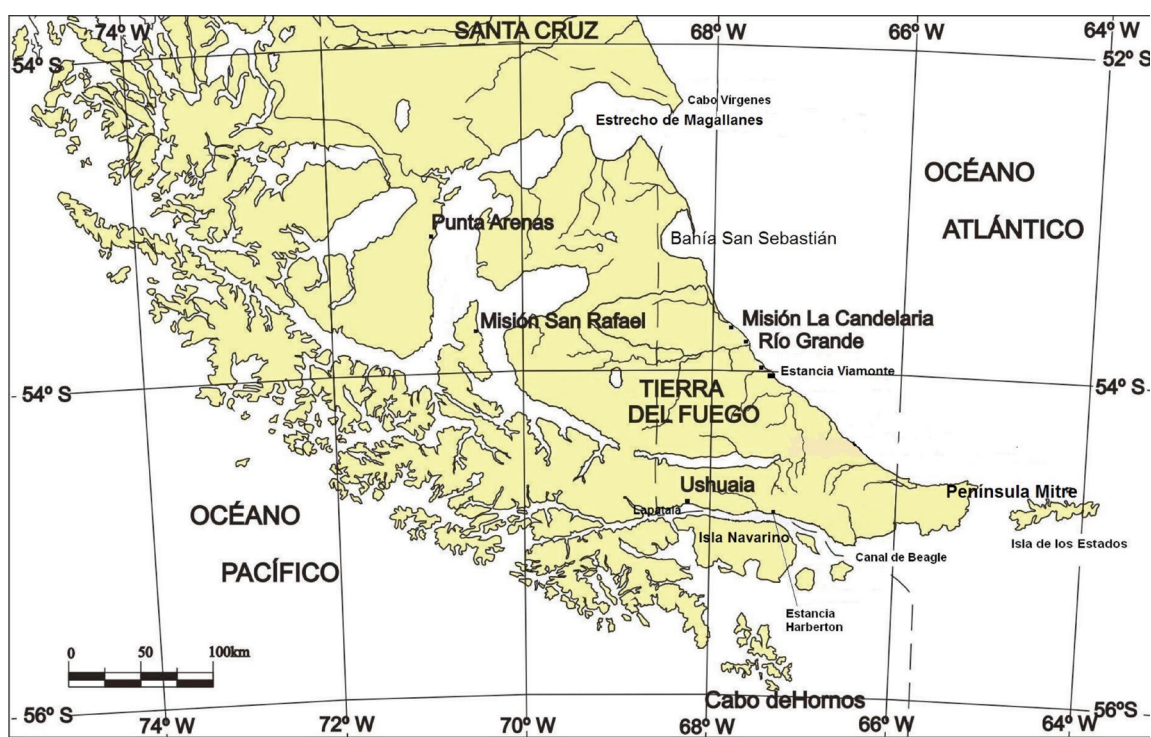


Figura 1. Mapa de la isla Grande de Tierra del Fuego

Fuente: elaboración propia



### Escenario epidemiológico y sanitario de Ushuaia entre 1890 y 1930

Como dijimos, el núcleo documental lo conforman las actas de defunción. De las 445 analizadas, 364 cuentan con diagnóstico —81,7 %—. La mayor parte de las defunciones —79,7 %— corresponde a ‘blancos’, un 14,8 % a indígenas y el resto a mestizos y ‘presumiblemente mestizos’ (hijos naturales de padre blanco y madre desconocida). La tabla 2 expone la información desagregada por año a fin de que se pueda discernir la distribución de defunciones a lo largo del período analizado, lo mismo que la impronta del presidio y de la misión anglicana y las correspondientes cifras de indígenas y población blanca.

La presencia de indígenas si bien se da a lo largo de todo el período, sobresale en el lapso 1893-1900, con 47 casos sobre un total de 66 defunciones registradas entre 1890-1930, es decir casi un 72 %. De estas 47, dos son casos de indígenas que vivían en la misión y, por lo tanto, fueron inscritos por los anglicanos, con lo cual casi la mitad (43 %) de las muertes de indígenas registradas tienen esta característica. Del total de 66 indígenas, 20 son selk’nam, 24 yámanas y 22 sin determinar, aunque por sus nombres y el lugar en el que vivían es muy probable que fueran yámanas, por ejemplo el “indio Luke que se ocupaba de trabajos en la misión anglicana establecida en Río Douglas, isla Navarino” (11). Los yámanas se hallaban en su mayoría viviendo en la misión anglicana, mientras que los selk’nam aparecen vinculados con parajes, con la casa del indio tísico, con la tribu de Koostel o con las tolderías del cacique ona Ockiol y algunos con la casa de la gobernación o un rancho de esta capital. Los libros de nacimiento denotan la cercanía o la inclusión en el radio ‘urbano’: “en la cuadra adonde están alojados los indios onas de la tribu de Ockiol” (12). Las defunciones de indígenas también su-

ceden “en una de las casas/habitación de indios que tiene la gobernación” [en] la casa de los patrones, [en] la casa que habitan los gendarmes”, [en] su domicilio” y en la estancia Harberton (13)<sup>4</sup>. Los registros son ‘inaugurados’ con el fallecimiento en la casa del poblador Teófilo Iglesias, soltero de 41 años, de “la indígena a su servicio Rosa Iglesias de edad nueve años y de enfermedad al parecer pulmonía” (15). Nótese el hecho de una niña, con apellido del patrón y ejerciendo servicio doméstico.

En cuanto a la población blanca, su presencia será más notoria hacia comienzos del siglo XX, acorde a la evolución de la ciudad y del presidio, ya que de 355 defunciones, 145 corresponden a casos ocurridos en dicha institución. Las nacionalidades guardan relación con lo que expresa el Censo Nacional de 1914, puesto que las proporciones son las mismas: en orden decreciente aparecen argentinos (56 %), españoles (14 %), italianos (6 %), chilenos (6 %) y austrohúngaros (2,25 %). También las variables *sexo* y *edad* evidencian la impronta del presidio y de la estructura demográfica de la ciudad: prevalece la población masculina (75,5 %) y la franja etaria 20-35 (30,3 %) y 36-50 (24,2 %). En el Censo de 1895, de 477 habitantes, 374 (78,4 %) eran del sexo masculino. En 1914, de 1447 habitantes urbanos, 1221 (84,3 %) eran hombres (16). Para analizar la variable *causa de muerte*, por un lado abordamos la información en su conjunto y luego los casos correspondientes al presidio y a la población indígena. En la tabla 3 se expresan las proporciones de las afecciones de origen infeccioso, entre las que se encuentran de tipo pulmonar, cerebral, cardíaca, nefrológica e intestinal. También se incluyen otros tipos de tuberculosis, como por ejemplo

4 Detalles sobre cómo los selk’nam modificaron su patrón de asentamiento, el uso del espacio y el aprovisionamiento de recursos como modo de adaptación, se encuentra en (14).

Tabla 2. Población registrada en las actas de defunción de Ushuaia, 1890-1930

Año	Indígenas	Etnia		Mestizos	Potencial. Mestizos	Alojados en misión	Reclusos		Otros	Total
		Y	S				C	P		
1890	2		s/d	-	1	-	-	-	-	3
1891	2		s/d	-	-	-	-	-	1	3
1892	-		-	-	1	-	-	-	2	3
1893	6		s/d	-	2	6	-	-	4	12
1894	4	2		-	1	3	-	-	2	7
1895	6	4	2	-	-	4	-	-	1	7
1896	14	4	10	-	-	4	-	-	8	22
1897	7	6	1	-	2	7	1	-	4	14
1898	2	1	1	-	-	1	1	-	1	4
1899	3	2	1	-	-	-	-	-	3	6
1900	5	3	2	-	2	4	-	-	4	11
1901	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
1902	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
1903	2		s/d	-	-	-	2	2	2	8
1904	1	1	-	-	-	-	6	-	5	12
1905	1		s/d	-	3	-	1	5	6	16
1906	1	-	1	-	-	-	6	-	4	11
1907	2		s/d	-	-	1	4	-	5	11
1908	2	1	1	-	2	-	3	-	7	14
1909	-	-	-	-	2	-	6	-	12	20
1920	3		1	-	1	-	14	-	10	28
1921	-	-	-	-	-	-	8	-	6	14
1922	-	-	-	-	-	-	7	-	9	16
1923	-	-	-	-	-	-	13	-	7	20
1924	1		s/d	1	-	-	2	-	10	14
1925	1		s/d	-	1	-	9	-	11	22
1926	-	-	-	-	3	-	16	-	15	34
1927	1		s/d	1	1	-	12	-	7	22
1928	-	-	-	-	-	-	10	-	12	22
1929	-	-	-	-	-	-	11	-	26	37
1930	-	-	-	-	-	-	6	-	19	25
Total	66	24	20	2	22	30	145	-	210	445
%	14,81		22 s/d	0,44	4,94	-	32,58	-	47,19	100

En 1920 la Casa de Gobierno sufrió un incendio que afectó las carpetas del lapso 1910-1919

Fuente: elaboración propia en base a las Actas de Defunción del Registro Civil de Ushuaia

mal de pott, peritonitis bacilosa o meningitis tuberculosa y, a su vez, 'otras infecciosas', que en líneas generales se trata de peritonitis de origen inespecífico y hepatitis. Ciertamente esto no implica que este último tipo de peritonitis no sea también de origen tuberculoso, pero respetamos el hecho de que las fuentes no lo hagan explícito. Bajo la categoría 'otras infecciosas' se ubican además los casos de sífilis terciaria, tabes dorsalis, ataxia, expresiones del desarrollo de una afección sifilítica que afecta el sistema nervioso central (17); un caso de piohemia, infección generalizada de origen bacteriano hoy conocida como septicemia; púrpura de werlhof, afección —similar a la fiebre reumática— con manifestaciones en la piel a partir de la dilatación capilar, producto de una reacción inmunológica al estreptococo (18). Entre las infecciones pulmonares de origen inespecífico encontramos neumonías, pulmonías, pleuresías, pleuroneumonías, bronconeumonías y bronquitis.

Las enfermedades cerebrales infecciosas se tratan mayormente de meningitis y además hemos incluido lo que las actas recogen como 'congestión cerebral', categoría esencialista plausible de vincular con la meningoencefalitis.<sup>5</sup> El caso de meningoencefalitis supurada, podría haber sido ubicado bajo la categoría 'otras TB', pues al darse la presencia de pus se infiere que es de origen bacteriano y no virósico y, por lo tanto, un probable origen tuberculoso, aunque también bacteriano inespecífico (meningococo, neumococo o hemophilus). Incluimos en la tabla 3, las dolencias cerebrales no infecciosas (NI), es decir los accidentes cerebrovasculares (ACV) —isquémicos o hemorrágicos—, microcefalia y lo que las fuentes dan en

llamar anemia cerebral, rótulo que probablemente refiera a un ACV isquémico.

Dentro de 'cardíacas infecciosas', en general se trata de miocarditis o miocarditis crónica. Si bien esta afección al miocardio se puede generar a partir de múltiples isquemias, cierto es que esto se da en personas de avanzada edad, que no son precisamente los casos que nos convocan, con lo cual cabe la posibilidad de que se trate de un proceso infeccioso e incluso tuberculoso; también se puede considerar un inicio parasitario, especialmente considerando que con motivo de la Cárcel de Reincidentes eran numerosos los argentinos llegados desde el noroeste argentino y, por ende, potenciales portadores de Chagas. Entre las infecciosas fueron consideradas además, la endocarditis reumatisal, el reumatismo, ambas de origen bacteriano y un caso de hipertrofia del corazón. Respecto a esta última, cabe aclarar que es probable que el médico se haya encontrado con un corazón agrandado, lo que habitualmente sucede a partir de muchos años de presión alta, pero al tratarse de una persona joven es muy probable que en realidad se relacionara con una valvulopatía que genere aquel efecto, por caso una insuficiencia aórtica o mitral cuyo origen puede ser reumático o sifilítico. Por último, el caso de pericarditis infecciosa, si bien es probable que este tipo de inflamación posea un inicio tuberculoso, optamos por no asignarle esta especificidad y ubicar la afección en el grupo de 'cardíacas infecciosas' (18). Incorporamos además las enfermedades 'cardíacas no infecciosas' (NI), en su mayoría 'paro cardíaco', es decir que está ausente el factor causal específico.

Para el caso de las afecciones nefrológicas, en su totalidad se trata de nefritis, es decir de etiología infecciosa. El caso de 1896 se trata de una nefritis parenquimatosa, ocasionada por un estreptococo beta hemolítico, al tratarse de una mujer de 50 años, es probable que fuera el

5 En virtud de los antecedentes del discurso médico en las fuentes, el contexto de los casos y la edad de las personas afectadas. Sobre el debate respecto a los orígenes infecciosos o no infecciosos de la congestión cerebral, ver (19-21).



Tabla 3. Causas de muerte registradas en las actas de defunción de Ushuaia -1890-1930-. Grupo de enfermedades infecciosas

Otra TB	Infecciones pulmonares		Afecciones cerebrales		Afecciones cardíacas		Nefrológicas	Intestinales	Otras infecciosas	Total
	TB	Otro	INF	NI	INF	NI				
16	93	48	10	5	11	25	4	12	15	445
3,5	20,8	10,7	2,2	1,1	2,4	5,6	0,8	2,6	3,3	100
	37,5				2,4			6,9		
					46,9					

Fuente: elaboración propia en base a las Actas de Defunción del Registro Civil de Ushuaia

corolario de infecciones urinarias reiteradas sin resolver, lo cual pudo haber generado una pielonefritis crónica; es decir, si bien la causa de muerte final es una insuficiencia renal, es factible que la misma no se deba a una infección por vía sanguínea sino que se haya generado en las vías urinarias bajas (cistitis a repetición) para devenir una infección urinaria alta<sup>6</sup> (18). Por último, las afecciones intestinales: infecciones y enteritis (crónicas, agudas, explícitamente infecciosas, las gastroenteritis).

Dentro de las enfermedades no infecciosas, que en total suman un 35,2 %, sobresalen las 'causas externas' (11,4 %), es decir personas ahogadas, quemadas, heridas por enfrentamientos, accidentes, etc. Nos interesa resaltar aquí que en segundo término se encuentra la mortalidad neonatal (5,8 %), categoría que si bien se puede considerar como etaria, también es indicador clave de la estructura sanitaria. En la totalidad de los casos, el lugar del parto es el domicilio —incluso para 1930—, lo que aumenta las posibilidades de que existan complicaciones irreversibles. Más allá de que esta práctica debe observarse desde las concepciones y las viabilidades de la época, no se puede eludir

una vinculación entre la asistencia sanitaria inexistente y los casos, por ejemplo, de nacidos muertos por asfixia de cordón.

Los problemas nutricionales —raquitismo, atrepsia, anemia e inanición— llegan al 1,5 % al igual que el cáncer. En cuanto a las aneurismas (0,8 %) no fue factible verificar por otro tipo de información si se trata del tipo cerebral o de grandes vasos, por lo que se consignaron separadamente. Por último, en la categoría 'otros', fueron incluidas causas que no revisten relevancia cuantitativa ni cualitativa: senectud, anasarca, hidropesía. Incluimos el alcoholismo y la cirrosis y suicidios. También la caquexia esclerosa, que en realidad es un síntoma, probablemente con una base de arterioesclerosis y puede ser entendido como alguien que deja de nutrirse y, por lo tanto, pierde masa muscular y lipídica. Lo mismo ocurre con la hidropesía, la anasarca (hinchazón generalizada del cuerpo, a partir de una retención generalizada de líquidos, pudiendo ser la causa una cirrosis hepática, un síndrome nefrótico o una insuficiencia cardíaca) y el cólico hepático (probablemente provocado por la obstrucción de la vía biliar a través de un lito). También incluimos: embolia pulmonar, oclusión intestinal, epilepsia. Tomando las actas como un bloque entonces, las enfermedades infecciosas suman un 46,9 %, una vinculación entre la asistencia sanitaria

6 Otro origen puede ser tuberculoso, manifestado como una diseminación miliar a todo el parénquima renal.

las no infecciosas un 35,2 % y casi el 18 % no posee diagnóstico.

Por otra parte, desagregamos los casos pertenecientes al presidio, teniendo en cuenta la impronta del mismo en las actas y el rol del hacinamiento en la dispersión de enfermedades como la tuberculosis (TB). Así es factible observar que dentro de la institución las enfermedades infecciosas representan un 57,9 %, dentro del cual un 37,9 % corresponde a TB. De este modo, de un total de 93 casos de esta enfermedad para todo el período analizado, 55 se dieron en dicha institución, es decir el 59 % de los casos registrados. Algo similar ocurre con los otros tipos de TB, ya que de 16 casos, 10 corresponden al penal (62 %). La tabla 4 permite comparar la incidencia de las enfermedades infecciosas, dentro de ellas las pulmonares y dentro de ellas la TB, para la totalidad de los casos, el presidio y la población indígena. Esta fue tomada como tal y no en relación al lugar, ya que en la mayor parte (83 %) de las defunciones ocurridas en la misión anglicana, no se consigna diagnóstico y, como vimos, se dio una diversidad de lugares de residencia para estas comunidades, lo mismo que un subregistro de estos casos. Si bien lamentablemente casi un 47 % de las defunciones de indígenas no cuenta con diagnóstico, no es un dato menor que entre

los casos que sí lo tienen, un 37,7 % se trate de enfermedades infecciosas y dentro de ellas, un 20 % de TB.

En cuanto al resto de las personas —no reclusos ni indígenas—, ciertamente remiten a lugares de uso individual o familiar, la mayoría a domicilios particulares, aunque en algunos pocos casos se trata de embarcaciones, aserraderos o la calle. Respecto a lo que implica la dispersión de enfermedades y el contagio, además de lo que ocurre en establecimientos colectivos, cabe marcar que se puede extrapolar la realidad a viviendas familiares. Entre octubre de 1928 y junio de 1929 fallecieron 7 personas de la familia Gómez, 5 de TB pulmonar y 2 de peritonitis tuberculosa, todos de entre 6 y 20 años, hijos del declarante Miguel Gómez.

Aunque para ubicar los datos contruidos en una sentencia respecto a la instancia transicional —ya sea demográfica o epidemiológica— es conveniente un examen de los nacimientos y los movimientos migratorios, cierto es que al menos la variable causa de muerte ha sido desagregada y es factible proponer como determinante el papel de las enfermedades infecciosas, hablar de la primer etapa transicional (22). Esta realidad no escapaba a la de la mayor parte de las zonas de Argentina, en las que “la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas siguió

Tabla 4. Impronta de las enfermedades infecciosas en términos comparativos

	General	Presidio	Indígenas
s/d	17,7	8,2	46,6
No infecciosas	35,2	33,7	15,4
Infecciosas	46,9	57,9	37,7
Pulmonares	31,7	42,03	25,5
TB	20,9	37,9	20

Fuente: elaboración propia en base a las Actas de Defunción del Registro Civil de Ushuaia

pesando sobre el nivel de mortalidad" (2). Lo notable para el caso de Ushuaia es su particular estructura demográfica, lo cual imprime mayor dominio a las enfermedades infecciosas. Sucede que para el resto del país, la mortalidad (bruta, sin discriminar por franjas etarias) se eleva a partir de la incidencia de la mortalidad infantil. En la ciudad austral empero, la población afectada no es la infantil y de todos modos la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) es similar a la del total país: para 1920, un 15 por mil para Argentina y un 13,3 por mil para Ushuaia (tabla 5). Lamentablemente, no es posible calcular la tasa de mortalidad infantil, ya que para 1914 se perdieron las actas de defunción y para 1895 contamos solo con dos defunciones neonatales, pero que corresponden a la etnia yámana, considerada en el censo solo de modo aleatorio. Insistimos en las particularidades de la estructura demográfica, puesto que según el censo de 1895 los niños menores de un año no superaban los diez (menos del 2 %) (23). Por otra parte, es factible calcular la TBM para el caso del presidio durante los tres momentos en los que se cuenta con cantidad de defunciones (tabla 2) y de población allí asilada (tabla 1): 31,5 por mil para 1904; para 1906, 38,7 por mil; y 23,9 por mil para 1920, es decir diez dígitos más que para la ciudad (tabla 5).

Las enfermedades infecciosas pueden ser de carácter transmisible o contagioso y cada una tendrá diferentes niveles de infectividad, patogenicidad, virulencia e inmunogenicidad. A su vez, tendrá una forma manifiesta, frustrada o fulminante (24). En este sentido, depende de qué agente etiológico se trate, su comportamiento estará condicionado en diversos grados por el ambiente, en general, y los aspectos habitacionales, nutricionales, etc., en particular. Dentro de la amplitud de variables que se conjugan en la denominada causalidad social de las enfermedades, la estructura sanitaria atravesará cada una, ya sea que esta surja y opere como causa o como efecto. Es tan cierto que cada fase transicional está atravesada por la estructura sanitaria, como que en este tipo de instancia epidemiológica el análisis se puede efectuar más bien en términos de ausencias, carencias y falencias. Cada una de las enfermedades infecciosas deviene manifestación oportuna, pero su forma más nítida se da con aquellas infecciones derivadas de la no o la inadecuada atención del paciente. Esto ocurre con la mayor parte de defunciones neonatales, o por ejemplo con los casos de peritonitis séptica o peritonitis por arma blanca o con el caso de *úlcera gangrenosa*: el acta de defunción recoge la septicemia como causa de muerte, pero el origen podría ser una diabetes o algún proble-

Tabla 5. Comparación entre las TBM de Ushuaia, Argentina y el presidio

Año	Población Ushuaia	Defunciones Ushuaia	TBM Ushuaia	TBM Argentina	TBM Presidio
1895	477	7	14,6		
1904					31,5
1905				20	
1906					38,7
1914	1447			16	
1920	1047	14	13,3	15	23,9

Fuente: elaboración propia en base a fuentes primarias mencionadas y Carbonetti y Celton, op.cit.

ma circulatorio. Pero es fundamental remarcar los casos más sutiles en la derivación, como las nefritis o las dolencias de origen sifilítico, por ejemplo. En este sentido, además del ineludible —y presumiblemente homogéneo— corte temporal de las transiciones, se vislumbra el que facilita una aprehensión desde la heterogeneidad de los espacios, especialmente si se trata de territorios de reciente incorporación al Estado-nación y, dentro de ellos, del de menor accesibilidad para el entramado sanitario nacional. A la transición sanitaria, es plausible sumar entonces la transición en la atención sanitaria, es decir “la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios” (25). Pero fundamentalmente para este caso, las posibilidades de viabilizar las soluciones propias de un diagnóstico social específico y su materialización mediante las instancias y los agentes estatales involucrados.

Redunda detenerse aquí en los detalles del desarrollo de una estructura sanitaria nacional (26, 27, 28, 29), signado —según González Leandri— por el entrelazamiento de procesos primordiales (propios de fines del siglo XIX y comienzos del XX) como la consolidación —simbólica y material en todos los casos— del Estado-nación, de la profesión médica, de la modernización y el crecimiento económico de la franja litoral del país y la consecuente aparición de la ‘cuestión social’ (30). En este contexto, el Departamento Nacional de Higiene y la Asistencia Pública —más allá de la, por momentos, no muy clara delimitación jurisdiccional— fueron claves en la institucionalización de la salud pública, de una “burocracia sanitaria” (31). Según Di Liscia, es plausible compendiar la evolución en la atención de las necesidades sanitarias en el caso concreto de los territorios nacionales argentinos, mediante categorías como médico de la gobernación,

medicalización itinerante y asistencia pública (32, 33, 34).

En primer lugar, respecto al médico, uno de los aspectos que las actas de defunción de Ushuaia dejan ver con más que elocuencia, es su ausencia durante los primeros años del período analizado (1890-1893), para los cuales las expresiones son extensivas y taxativas: “sin certificado por no haber médico en el territorio”, “a falta de médico legal por no haberlo en el territorio” o “por no existir en la localidad facultativo” (35). A fines de 1894 y principios de 1895 en solo dos oportunidades se da la presencia del médico Nicolás D’Andrea, siendo reemplazado en 1896 por Diego Rapela. Desde dicho año, la figura del médico se mantendrá, aunque esto no implique su presencia en todos los casos. Cabe mencionar que si bien en las actas el profesional no aparece bajo el rótulo ‘médico de la gobernación’, en otros documentos oficiales sí ocurre, ya para 1896 (36). En este sentido, otras de las particularidades es la presencia, a lo largo de todo el lapso en cuestión, de un solo médico. De hecho, según el Censo de 1895 Tierra del Fuego contaba con un médico y una partera (33). A pesar de la alternancia nominal, la cantidad no se modifica, los períodos durante los cuales firma cada facultativo son estrechos —esto comienza a matizarse en la década de los años veinte— y se trata del mismo facultativo que legitima los diagnósticos y defunciones tanto del penal como de la ciudad. La cobertura legal de ambos puestos se hace explícita especialmente luego de 1920: ‘jefe del Servicio Médico de este establecimiento’ y como ‘director de la asistencia pública local’. Incluso para épocas en las que la asistencia pública ya forma parte de la cotidianeidad ushuaiese se sostiene la sucesión de nombres de profesionales con condición de exclusividad: ante un viaje a Buenos Aires del médico, la ciudad quedaba ‘sin facultativo’ (37).

Todavía para 1940, la provincia contaba con tres médicos, ningún hospital ni dispensario, ni sala de primeros auxilios y solo con la asistencia pública (32).

En segundo lugar, hay que enfatizar el hecho de que Tierra del Fuego quedó al margen de las creaciones de asistencia pública que se dieron en 1912 y 1913: en 1913 en siete capitales de territorios nacionales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos; y en la ciudad de Trelew (Chubut) se inauguraron centros análogos a la asistencia pública que funcionaba en la ciudad de Buenos Aires desde 1883; en 1912, la medida se había ejecutado en Córdoba, Catamarca y Jujuy, a partir de la ley de 'defensa sanitaria' que "establecía para cada capital provincial y territorial un 'centro de profilaxis' para prevenir enfermedades infectocontagiosas (...) con el afán principal de mantener a disposición del personal un equipo completo de desinfección, indispensable en caso de epidemias" (33). Al reanudarse la información en los registros (1920), la asistencia pública ya forma parte de la cotidianeidad ushuaiese. A modo de referencia, cabe citar lo que indican como "Movimiento habido en la asistencia pública y administración sanitaria de Ushuaia" las Memorias de la Gobernación de Tierra del Fuego correspondientes a los años 1920 y 1921, en las que además quedan en evidencia las alteraciones demográficas sucedidas hacia 1921<sup>7</sup> (38).

Permitiéndonos un trazado diacrónico que no inhabilita una superposición de las tres figuras citadas, cabe mencionar que con anterior-

idad a la consolidación de la asistencia pública, el Estado procuró una expresión material en los territorios nacionales mediante una suerte de medicalización itinerante (39). En este tópico se puede incluir tanto al médico de la gobernación, como a otros agentes estatales tales como las fuerzas armadas y de seguridad y los maestros, lo mismo que el rol ejercido por diversas campañas, especialmente las de vacunación; un entramado sanitario que para regiones como la Patagonia admitía incluso la labor de la orden salesiana.<sup>8</sup> Por otra parte, todavía en 1922, Ushuaia contaba con una sola escuela con 104 alumnos, una directora, un maestro y dos maestras (40). Recién en dicho año se resolvió la apertura de una escuela en Río Grande y existió también la intención de crear una en Río Fuego, pero los propietarios Bridges no otorgaron el permiso<sup>9</sup> (40). Las campañas médicas y de vacunación "ampliaron el círculo de influencia del Departamento Nacional de Higiene (DNH) y permitieron el contacto de este organismo nacional con la población del interior" (39). Para el caso de los territorios nacionales el auge de este mecanismo fue entre 1904 y 1916, especialmente a partir de que en 1910 asumiera como director del DNH José Penna, preocupado por el estado general de dicha institución, su deficitaria cobertura de

7 El gobernador habla en términos de 'despoblación' repentina, de 'abandono de casas' debido a la escasez de artículos que se produjo con motivo de la crisis y al aumento del costo de vida en general ocurrido en 1921 con motivo de haberse instaurado 'derechos a la importación'. Recordamos que Ushuaia dependía de la escasísima comunicación con Buenos Aires y de la ciudad de Punta Arenas. (38)

8 En nuestra tesis doctoral puntuamos como los selk'nam afectados por la TB en la misión salesiana La Candelaria, no contaron con la atención necesaria por parte de los religiosos, no solo por su condición de indígenas en conjunción con la filosofía salesiana de una muerte edificante como condición suficiente, sino fundamentalmente por la ausencia de los elementos indispensables para la atención de esta dolencia para la cual aún no existía un tratamiento específico. De todos modos, en ningún caso los salesianos en Tierra del Fuego constituyeron una alternativa sanitaria.

9 En la zona norte de la isla recién en 1921 se funda la ciudad de Río Grande y hasta dicho momento funcionaron la misión salesiana, los destacamentos policiales y las estancias. En Río Fuego funcionaba desde 1907 la estancia Viamonte, propiedad de los hermanos Bridges, hijos del pionero Thomas.

Tabla 6. Movimiento habido en la Asistencia Pública y Administración Sanitaria de Ushuaia

	1920	1921
Hospitalizados		
Existencia anterior	1	1
Entradas	33	16
Altas	30	15
Defunciones	2	1
Quedan en existencia	2	1
Enfermos atendidos en consultorio	832	508
Enfermos atendidos a domicilio	7	8
Número total de visitas	1823	988
Primeros Auxilios	83	71
Recetas despachadas en la farmacia	1045	643
Personas vacunadas	33	-
Personas revacunadas	46	2
Desinfecciones		
Habitaciones	4	2
Cantidad de metros cúbicos	216	240
Piezas de ropa	1256	140
Casos infecto contagiosos		
Tuberculosis		2

Fuente: Memorias de la Gobernación de Tierra del Fuego, años 1920 y 1921

los territorios nacionales, la eventual profilaxis específica y la necesidad de publicar un boletín demográfico sanitario que permita una contrastación intranacional e internacional (41). Desde 1904 el DNH estuvo a cargo de las campañas de vacunación en los territorios nacionales, siendo la de 1905 fundamentalmente destinada a la profilaxis de viruela y difteria. En la campaña de 1907 fueron vacunadas en la isla 516 personas mediante 10 puestos (39). Con anterioridad a estas disposiciones, la cantidad de placas destinadas a los territorios nacionales era considerablemente menor: por caso en 1893 se entregaron 1435 para todos los territorios entre abril y julio (30 ó 40 por mes), 140 en total para cada uno con excepción de La Pampa al que se le otorgaron 315; siendo el total de

34442 placas, se entiende que los territorios obtuvieron un 4 % (0,40 % cada uno) (42). Más allá de las variaciones demográficas como base argumental, se advierte la relevancia de las campañas en cuanto a la cobertura y alcance de la vacunación.

### *Consideraciones finales*

A lo largo del trabajo procuramos presentar datos útiles para caracterizar epidemiológica y sanitariamente a la ciudad de Ushuaia para el lapso 1890-1930, poniendo en valor información concreta y específica necesaria para la diagramación de un escenario regional y la contrastación intra e internacional (43), en función de una equilibrada conjugación entre factores cuanti y cualitativos (44, 45, 46). La



articulación con lo local posee aquí el añadido propio de la cualidad meridional, como de aquella jurisdiccional, en tanto zona de dificultosa y postrera incorporación político-económica al Estado-nación en ciernes.

Describimos los aspectos epidemiológicos a fin de vislumbrar el predominio de las enfermedades infecciosas, dentro de estas el rol de las infecciones pulmonares y en particular de la TB. Pero además, por un lado como fundamento de la situación en la atención sanitaria, ya que una gran proporción de defunciones —como vimos— son generadas por afecciones derivadas de una inadecuada o inexistente atención. Por el otro, facilita la percepción de cómo causas de muerte que no se consignan explícitamente como de origen tuberculoso, en realidad podrían tenerlo, y de este modo atender al alcance de este perfil etiológico. Allende la inevitabilidad de esta realidad, abogamos por lo fructífero de detallar el proceso para un caso aún no abordado desde esta perspectiva. Abona este concepto las particularidades de la ciudad en cuanto a las tasas de mortalidad y la vinculación con una peculiar estructura demográfica. Esta enlaza indefectiblemente con la medicalización propuesta desde el poder central, ya que evidentemente el alcance de las campañas de vacunación y de la interacción con agentes intermedios como maestros será acorde al tipo de población. La labor en zonas de difícil acceso estaba condicionada por el hecho de que la mayor parte de la población a encontrar era indígena, considerada como un ‘otro’ digno de compasión, pero ‘otro’ al fin; o en el mejor de los casos subalternizada de modo tal que no ameritara más que una contención coyuntural acorde a la naturalización de su desaparición (47). Respecto a la materialización de un ideario en cuanto a la estructura sanitaria, a los modos en que pudieron aterrizar “las agencias de atención pública de la salud... [o la] ...plani-

ficación sanitaria del interior argentino” (48), las respuestas estatales a las epidemias, los correlatos en higienismo (2) o medicalización en los casos posibles, sopesaron negativamente ante los condicionamientos de esta realidad regional, donde las transformaciones sanitarias fueron limitadas o se produjeron con retraso (32, 33). Entendemos que los datos construidos aporten al análisis de la salud en los territorios nacionales argentinos, ese “interior considerado retrasado y enfermo... [en contraposición al] ...centro civilizado y ya medicalizado” (43), fundamentalmente considerando el vacío estadístico para la región y para la época, falencia admitida por el mismo director del DNH de entonces (41).

Por último, proponemos este trabajo como continuidad y complemento de lo ya analizado en relación a la comunidad selk’nam al norte de la isla.<sup>10</sup> Es factible comparar la zona del Beagle con el norte de la isla, en función de los distintos tiempos en la exposición de los indígenas a las enfermedades, como también en el tipo de afecciones en cuestión; pero, además, cabe marcar que, a pesar de esta diferencia que tiene que ver con las formas del ‘momento inicial’ del contacto interétnico, es plausible hallar similitudes en cuanto a que una vez encaminado el crecimiento de Ushuaia, la TB surge como enfermedad predominante. Esto, trasladado a un nivel aún más pequeño, permite homologar el rol de la misión La Candelaria en Río Grande con el del presidio en Ushuaia. Ambos establecimientos se convirtieron en continentes de personas sin demasiadas —o

---

10 Puntuamos el comportamiento de la TB entre los selk’nam residentes en La Candelaria como ligado a la imposición de un sistema sociocultural y a un comportamiento sinérgico de multiplicidad de factores y no exclusivamente a la historia inmunológica de la población hospedadora y su estructura genética. Este estudio entonces abona dicha hipótesis fundamentando el alcance regional de la TB y la etapa transicional.

nulas— alternativas, entre las cuales se comenzó a dispersar la enfermedad, encaminando la injusticia a su máxima expresión. En este sentido, es llamativa la cantidad de reclusos llegados desde el interior del país para cumplir con condenas menores —por caso una de cuatro años por abuso de armas y hurto (49)—

y que fallecen por TB. En ambos casos se naturalizó o se ‘dejó ser’ la extinción de estos ‘otros’, allende la paradoja de haber concebido a los reclusos como plataforma del desarrollo, operación opuesta a la efectuada en general con los indígenas.

## Bibliografía

1. Registro Civil de la ciudad de Ushuaia (en adelante RCUSH). Campaña 2012 a Tierra del Fuego.
2. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Torrado S, editor. Población y bienestar en Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: Edhasa; 2007. p. 369-98
3. Otero H. Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2006.
4. Luiz MT. Relaciones fronterizas en Patagonia. La convivencia hispano indígena a fines del período colonial. Ushuaia: Asociación Hanis; 2006.
5. Guichón, RA Casali R, García P, Salerno MA, Guichón R. An interdisciplinary approach to coloniality in Tierra del Fuego (late 19th-early 20th centuries). En Murphy MS, Klaus HD, editor. Bioarchaeology of Contact, Colonial Encounters and Colonialism. 2014. *En prensa*.
6. Bridges EL. El último confín de la tierra. Buenos Aires: Sudamericana; 2008.
7. Casali, R. Contacto interétnico en el norte de Tierra del Fuego: la Misión Salesiana La Candelaria (Río Grande) y la salud de la población Selk'nam (1895-1931) [tesis doctoral]. [Mar del Plata]: Universidad Nacional del Mar del Plata; 2011. 322 p.
8. Nacach, G. Tierra del Fuego: construcción científico-política de la exclusión y contraimagen del ideal ciudadano. *Dynamis*. 2012;32(1):69-92.
9. Caimari Lila. Una sociedad nacional carcelaria en la frontera argentina (Ushuaia, 1883-1947). Documento presentado en: Primeras Jornadas de Historia del Delito en la Patagonia. 2000 jun 8-9; General Roca.
10. Cecarelli SM. El penal fueguino. Origen del Estado y la sociedad en la frontera austral argentina (1895-1916). Utopías: Ushuaia; 2011.
11. RCUSH, Libro de defunciones, 11-7-1907.
12. RCUSH, Libro de nacimientos, 10-5-1896.
13. RCUSH, Libro de defunciones, 29-7-1890, 9-9-1890, 28-9-1891, 3-8-1900, 15-12-1903.
14. Casali, R. Movilidad y uso del espacio: análisis demográfico de la trayectoria selk'nam ante la colonización. Tierra del Fuego, Argentina, 1890-1930. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*. 2013;13. *En prensa*.
15. RCUSH, Libro de defunciones, 29-7-1890.
16. Belza JE. En la isla del Fuego 3.º Población. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Históricas de Tierra del Fuego; 1977.
17. Pons AP. *Tratado de patología y clínica médicas. Tomo IV. Enfermedades sistema nervioso, neurosis, y medicina psicosomática. Enfermedades mentales*. Barcelona: Salvat; 1968.
18. Robbins SL. *Tratado de Patología*. 2.ª ed. México: Interamericana; 1965.

19. Velasco A, Gutiérrez de la Vega J. Enfermedades del encéfalo, mentales y nerviosas. Tomo I. Madrid: Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra; 1854.
20. Rilliet F, Barthez E. Tratado clínico y práctico de las enfermedades de los niños. *Madrid*: Carlos Bailly-Bailliere; 1866.
21. Bouchut E. Diccionario de medicina y terapéutica médica y quirúrgica. Madrid: Imprenta de Carlos Bailly-Bailliere; 1889.
22. Robles E, Bernabeu J, Benavides FG. La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Bol Asoc Demogr Hist*. 1996;14(1):117-44.
23. Argentina. Archivo Museo Fin del Mundo (en adelante AMFM). Segundo Censo Nacional de la República Argentina; 1895.
24. Almeida N, Rouquayrol MZ. Introducción a la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
25. Bernabeu J, Robles E. Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Política y Sociedad*. 2000;35:45-54.
26. González R. La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*. 2006;7(1):38-79.
27. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2005.
28. González R. Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. En Bohoslavsky E. y Soprano G. editores. *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo; 2010. p. 59-85.
29. Veronelli JC, Veronelli M. Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina. Buenos Aires: OPS/OMS; 2004.
30. González R. Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX. *Rev Indias*. 2000;60(219):421-35.
31. Carrillo AM. Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9:67-87.
32. Di Liscia MS. Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los territorios nacionales (1880-1940). *Salud Colectiva*. 2009;5(2):259-78.
33. Di Liscia MS. Imaginarios y derroteros de la salud en el interior argentino. Los territorios nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX). *Entrepasados. Revista de Historia*. 2008;XVIII(33):49-69.
34. Bohoslavsky E, Di Liscia MS. La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-1940. *Asclepio. Revista de historia de la Medicina y de la Ciencia*. 2008;60(2):187-206.
35. RCUSH. Actas defunción, Libros 1890-1893.
36. Argentina, Archivo General de la Nación (AGN). Archivo Intermedio Ministerio del Interior. Presupuesto 1912 Tierra del Fuego. También AMFM, Libro de Resoluciones, 1891-1897.
37. RCUSH. Actas defunción, Libro 1928, septiembre a diciembre.
38. AMFM, Ministerio del Interior, Memorias de la Gobernación, 1920 y 1921.
39. Di Liscia MS. Instituciones "portátiles". La sanidad pública en los territorios nacionales. En: Bohoslavsky E, Soprano G, editor. *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo; 2010. p. 359-386.
40. AMFM, Ministerio del Interior, Memorias de la Gobernación, 1922.
41. Penna J, Lozano N. La reorganización del Departamento Nacional de Higiene. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. 1911;XVIII(1):7-15.
42. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1893;III(1):204-205.

43. Hochman G, Palmer S, Di Liscia MS. Patologías de la Patria. Una introducción al tema. En: Hochman, G., Di Liscia MS. y Palmer S. organizadores. Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y Nación en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 13-28.
44. Diez AV. En defensa de una epidemiología con números. Salud Colectiva. 2007;3(2):117-19.
45. De Almeida N. Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativocualitativo. Salud Colectiva. 2007;3(3):229-33.
46. Minayo C. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. Salud Colectiva. 2008;4(1):5-8.
47. AMFM Libro de notas y resoluciones varias, 3 de enero de 1891 al 8 de junio de 1897. AMFM (catálogo AGN), expedientes 3512, 2812, 1492, 1897, VII 8102.
48. Di Liscia MS. Desde afuera y desde adentro. Enfermedades, etnias y Nación (Argentina, 1880-1940). En: Hochman G, Di Liscia MS, Palmer S, organizadores. Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y Nación en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
49. RCUSH. Actas defunción, Libro 1929, 29 de octubre.